

<https://doi.org/10.69639/arandu.v12i4.1740>

Efecto de un programa psicoeducativo en pacientes cardíacos hospitalizados con factores de riesgo psicológico, en un hospital nacional de Lima

Effect of a psychoeducational program on hospitalized cardiac patients with psychological risk factors in a national hospital in Lima

Maria Adela Matos Figueroa

adela.matos@gmail.com

<http://orcid.org/0000-0002-4644-9204>

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Peru – Lima

Artículo recibido: 18 septiembre 2025 -Aceptado para publicación: 28 octubre 2025
Conflictos de intereses: Ninguno que declarar.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el efecto de un Programa Psicoeducativo en pacientes cardíacos hospitalizados de un Hospital Nacional de Lima, en los patrones cognitivo, emocional, conductual y afectivo aplicando técnicas cognitivas conductuales. **Materiales y métodos:** Es un estudio con diseño experimental, con una muestra probabilística en 60 pacientes, 30 por grupo (experimental y de control), cuyas edades fluctúan entre 43 a 73 años. Los pacientes cardíacos presentan factores de riesgo secundario psicológico (Patrón de Conducta Tipo A y Perfil Caracterológico de Gastón Berger). Se diseña este programa con los factores y dimensiones de ambas pruebas desarrollándose módulos específicos. Este programa es individualizado y evalúa los patrones psicológicos utilizando técnicas cognitiva conductuales, durante 12 sesiones, 2 veces por semana, con una duración de 45 minutos por sesión. Se utilizó el estadístico t de student y el paquete SPSS 25. **Resultados:** En el grupo experimental se mostraron cambios favorables en el patrón afectivo llegando así a la significancia esperada $p < 0.01$ ($p < 0.05$); sin embargo, no se observaron cambios en los patrones emocionales, conductuales y cognitivos. En el grupo de control no se lograron los cambios esperados en los patrones psicológicos. **Discusión:** el patrón afectivo destaca como un patrón psicológico que requiere una atención especializada en un tratamiento integral del paciente hospitalizado. Asimismo, se sugiere intervenciones psicológicas de tercera generación en los patrones emocionales, conductuales y cognitivos que disminuyan sus respuestas durante esta fase hospitalaria.

Palabras claves: programa psicoeducativo, pacientes cardíacos, factores de riesgo psicológico

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effect of a psychoeducational program on cognitive, emotional, behavioral, and affective patterns in hospitalized cardiac patients at a National Hospital in Lima, applying cognitive-behavioral techniques. **Materials and methods:** This is an experimental study with a probability sample of 60 patients, 30 per group (experimental and control), whose ages range from 43 to 73 years. The cardiac patients present secondary psychological risk factors (Type A Behavior Pattern and Gastón Berger Character Profile). This program is designed with the factors and dimensions of both tests, developing specific modules. This program is individualized and assesses psychological patterns using cognitive-behavioral techniques, during 12 sessions, twice a week, lasting 45 minutes per session. The Student t-test and SPSS 25 software package were used. **Results:** In the experimental group, favorable changes were observed in the affective pattern, reaching the expected significance of a p value of 0.01 ($p < 0.05$); however, no changes were observed in the emotional, behavioral, and cognitive patterns. In the control group, the expected changes in psychological patterns were not achieved. **Discussion:** The affective pattern stands out as a psychological pattern that requires specialized attention in the comprehensive treatment of hospitalized patients. Likewise, third-generation psychological interventions are suggested for emotional, behavioral, and cognitive patterns to reduce their responses during this hospitalization phase.

Keywords: psychoeducational program, cardiac patients, psychological risk factors

Todo el contenido de la Revista Científica Internacional Arandu UTIC publicado en este sitio está disponible bajo licencia Creative Commons Attribution 4.0 International. 

INTRODUCCIÓN

En el Análisis de la Situación en Salud del Perú del 2019, las enfermedades isquémicas del corazón figuran como segunda causa específica de muerte en ambos sexos entre 2014 y 2016, considerando el aumento de ello en el tiempo por la incidencia de los factores de riesgo primario hipertensión, diabetes y otros, se contribuye con este estudio psicológico en este tipo de pacientes.

La insuficiencia cardíaca es un síndrome clínico de fatiga, disnea y por lo general sobrecarga de volumen, puede constituir la manifestación final y más grave de cualquier tipo de cardiopatía, que incluyen el infarto de miocardio, la valvulopatía y otros, (Miranda,D ; Lewis,G , 2016). Esta enfermedad compromete la capacidad del corazón para mantener la circulación sanguínea y las necesidades metabólicas del organismo, generando síntomas y signos específicos: disnea, fatiga y edemas, tanto en estado de reposo como en el desempeño de ejercicios. (Dornelas, 2008; Hunt et al, 2009; McMurray et al.,2012). Los pacientes considerados en este programa manifiestan infarto al miocardio agudo, o están en la fase pre y post cirugía cardíaca , o en el post stent cardíaco.

Sobre la eficacia de programas psicológicos, Rodríguez (2018) observa reducción del nivel de ansiedad (76,7%), en las reacciones fisiológicas, afectivas y cognitivas, con técnicas psicológicas de autorregulación emocional, relajación, respiración, principalmente en pacientes pre quirúrgicos, en una muestra aleatoria de 30 participantes, durante 20 sesiones, aplicando el inventario de ansiedad de Beck.

Las técnicas de autocontrol emocional que se aplican en los programas reducen reacciones emocionales en pacientes pre y post quirúrgicos de cirugía cardíaca , principalmente en la conducta ansiosa; Vaillant y Leigh (1986), desarrollaron un programa de reestructuración cognitiva con entrenamiento en relajación para pacientes coronarios; la técnica cognitiva identifica pensamientos irracionales y sentimientos asociados a ello, utilizando estrategias para sustituirlos a través de la autocharla positiva cambios conductuales adaptativos, demostrando efectos positivos para mejorar los estados emocionales en general, López-Roig,S (2014).

Sobre el patrón psicológico emocional, García, Gómez, Milord y Herrera (2016) mencionan que una de las causas, es en el temor a la muerte, provocando cuadros ansiosos y depresivos. El miedo genera conductas contraproducentes en pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio, más aún en la etapa post quirúrgica, observándose que el 65 % reincide en el tabaquismo, 58 % por la inadecuada dieta, 51 % no supera sus estados tensionales y un 51% presenta sintomatología cardíaca en desmedro de una evolución favorable.

Rodríguez (2012), identificó un alto porcentaje de patrones cognitivos, por sus preocupaciones mayores, pensamiento rumiativo (55.7 %), en el área familiar (41 %), profesional (37 %) y social (32 %) que afectan también el estado emocional. Los pacientes al ingresar a la fase hospitalaria ya están deprimidos como resultado de las ideas negativas de la enfermedad y

muerte. La depresión conlleva a una pobre adherencia al tratamiento, retrasando la recuperación e induce al sedentarismo, bloqueando el manejo de los factores de riesgo coronario.

El estrés, depresión y ansiedad son patrones emocionales que se agudizan en las etapas pre y posquirúrgica cardíaca, llegando a ser crónicos y manifestándose luego como rasgos de la personalidad en el cardíopata. Cohen, Edmondson y Kronish (2015), sobre la implicancia de la salud mental en los desórdenes cardiovasculares manifestaron que los dos primeros estados sí constituyen factores de riesgo innegables, en cambio la ansiedad, por tener un componente cognitivo se mantiene en el tiempo repercutiendo negativamente en la salud cardiovascular, por lo que una intervención multidisciplinaria en su estilo de vida reducirá la morbimortalidad coronaria procurándole así una mejor calidad de vida en los pacientes.

En el presente estudio, el patrón cognitivo está asociado a pensamientos negativos, deformados por la situación de enfermedad, más aún en la fase de hospitalización previa a una cirugía cardíaca se acrecientan temores y distorsiones de los pensamientos transformándose en reacciones emocionales negativas y constituyéndose en un patrón.

En el Patrón conductual, Vilaplana (2020), señala que la percepción sobre la enfermedad, el fármaco y la escasa información influyen significativamente en los cambios conductuales propuestos; además, existen otros factores como la edad, nivel socioeconómico, grado de instrucción, que influyen en la menor adherencia al tratamiento de una dolencia crónica.

En el Patrón afectivo, el paciente desde la manifestación de la enfermedad cardíaca hasta la hospitalización se presentan cambios en su autovaloración. Rocha, Ramírez y Navarro (2012), refieren que previo al IMA, los pacientes se sentían abrumados por el dolor, miedo e incertidumbre por los síntomas; los varones adoptan el mecanismo de defensa de la negación, mientras que las mujeres por la preocupación en las tareas interrumpidas, con miedo a la muerte. Por otro lado, independientemente del lugar donde ocurra el IMA, al enterarse del evento, generalmente son los familiares quienes suelen ser el apoyo del paciente.

Asimismo, Vilaplana (2020), destaca el factor social, la familia y el entorno del paciente como el apoyo muchas veces determinante; además, el sistema de salud, la disponibilidad de tiempo, espacio, equipos y financiamiento para el tratamiento, costos que no puedan ser asumidos por el paciente pueden perjudicar la adherencia. Por consiguiente, el paciente puede modificar las actitudes de rechazo o escasa adherencia si encuentra soporte familiar y un sistema de salud accesible y amigable a su alcance. Además, el empoderamiento del paciente sobre su enfermedad se logra desde un rol pasivo, con una conducta consistente y dócil en el cumplimiento de las indicaciones médicas, hacia un rol activo, voluntario y colaborador que le permita expresar sus opiniones al médico para llegar a un consenso sobre su régimen. A esto se denomina cumplimiento, adherencia y concordancia, conceptos que conllevan al grado de conformidad que el paciente tiene sobre su tratamiento (Vilaplana, 2020).

En la etapa de hospitalización, la afectividad se altera, los varones se sienten amenazados ante la pérdida de integridad, autonomía y funciones físicas; las mujeres se sienten vulnerables, avergonzadas, incapaces de soportar el dolor y la enfermedad, culpables por no culminar los proyectos que empezaron. En los adultos mayores la sensación de soledad es más frecuente cuando su fase de cesantía no ha sido superado, por ello las palabras de aliento, los buenos deseos y el apoyo familiar los hace sentir seguros. La comunicación e integración familiar mejora porque se produce una predisposición centrípeta, en la que el paciente es el centro, conducta que anhela mantener como permanente tras el alta. Rocha, Ramírez y Navarro, (2012).

Asimismo, existen los factores de riesgo secundario psicológico que intervienen en este tipo de pacientes, Moyano et al. (2011) menciona la incidencia del patrón de conducta tipo A en los trastornos coronarios, siendo 6 veces mayor que en otros pacientes; la distribución es similar tanto en varones como en mujeres, en estas últimas es mayor si ellas trabajan; es verdad que las mujeres sufren menos infartos pero generalmente su patrón es de tipo A, a diferencia de los varones que encubren su ira y hostilidad, con tendencia a la agresividad.

Asimismo, los individuos con patrón de conducta tipo A son altamente sensibles hacia el fracaso, carecen de habilidades sociales y de apertura para entender y aceptar opiniones diferentes, presentan dificultad para adaptarse a principios normativos e interpretan el ambiente como hostil. En ellos está acentuada la necesidad de respeto, autoridad, ser intelectualmente superiores, de requerir reconocimiento constante y al no conseguirlo se vuelven vulnerables y herméticos, se reservan sus problemas, asumiéndolos como frustraciones. El proceso emoción-acción sumerge a los tipos A en desafíos crónicos por obtener el mayor número de logros sin importar las dificultades que se les puedan presentar, ni las personas que se les opongan (Lévano, 2003).

Sobre el Patrón tipo A, Romero (1989) emplea los términos tipología, constelación y complejo para definirlo. La tipología es reconocible por señales como agresividad, ambición, competencia, urgencia en ganarle al tiempo, impaciencia, conducta de alerta y predisposición intensa hacia el logro de metas. La constelación es el conjunto de comportamientos manifiestos como consecuencia del medio ambiente y el estrés que origina incapacidad para afrontar situaciones problema y la consecuente pérdida de control. El complejo es reconocido como un proceso activo-emotivo, donde la persona lucha incesantemente por obtener más resultados en menos tiempo sin experimentar escrúpulos por los demás, todos ellos identificados en este patrón asociado al paciente cardíaco.

Además, Romero (1989) identifica los ejes sobre los que se puede reconocer el patrón de conducta tipo A, la tensión (proceso que se manifiesta fisiológicamente en el sistema vegetativo como reacción a necesidades específicas con repercusión psíquica), la actividad (comportamiento de un individuo directamente provocado por estímulos internos y externos), la ambición (deseo intenso por el logro de bienes que prodiguen poder y reconocimiento) y la represión (rechazo a la exteriorización de los sentimientos o pensamientos que cada sujeto reconoce en su interior).

Asimismo, otro factor de riesgo secundario psicológico considerado en este estudio es el perfil caracterológico de Gastón Berger, cuya prueba es baremada por Vicuña (1993), presentando ocho perfiles, colérico, sanguíneo, flemático, apático, pasional, nervioso, sentimental, amorfo y 3 dimensiones, emotividad, actividad y resonancia; sobre este Cuestionario no se han realizado estudios en pacientes cardíacos hospitalizados.

El objetivo del presente estudio es evaluar el Efecto del Programa Psicoeducativo en los pacientes cardíacos hospitalizados en los patrones psicológicos previamente seleccionados a partir de los factores y dimensiones de los factores de riesgo secundario psicológicos , patrón emocional (dimensión emocional y factor ausencia de represión), patrón afectivo (dimensión resonancia), patrón cognitivo (tensión y ambición) y patrón conductual (factor actividad y dimensión actividad).

MATERIALES Y MÉTODOS

Es una Estudio con Diseño experimental, Hernandez R; Fernandez,C; Baptista,M. (2010) , de dos grupos control y experimental, con un muestreo probabilístico. La muestra se obtiene de los pacientes hospitalizados del área médica de Cardiología y Cirugía Cardiovascular previamente seleccionados con el dx Medico de IMA. post stent cardiaco, pre y post cirugía cardiaca. Se realiza la distribución de los pacientes al azar en ambos grupos, se inicia con el ingreso impar para el grupo experimental y el ingreso par para el grupo control, y así sucesivamente hasta completar los 30 pacientes por grupo. Finalmente, la muestra está compuesta por pacientes cuyas edades fluctúan entre 43 a 73 años , que son evaluados con las pruebas del Patrón de Conducta Tipo A y el Cuestionario del Perfil Caracterológico Gastón Berger .

Con respecto a la muestra seleccionada, el grupo control manifiesta mayor frecuencia entre los pacientes de 54 a 63 años, con 14 pacientes en un porcentaje del 46.67%; el grupo experimental presenta pacientes entre las edades 64 a 73 años con 17 pacientes llegando a un 56.67%. En el grado de instrucción, el grupo control presenta la mayor frecuencia en el nivel superior con 23 pacientes llegando al 76.77%, el grupo experimental presenta en el nivel superior 19 pacientes equivalente a un 63.33%. En cuanto a la condición clínica médica, el grupo control presenta mayor frecuencia en post operados cardíacos con 25 pacientes llegando a un 83.33%; igualmente, con esta misma condición, el grupo experimental presenta 28 pacientes equivalente a un 93.33 %.

Sobre los instrumentos , se utilizaron los cuestionarios del Perfil Caracterológico de Gastón Berger, basado en la teoría caracterológica de Renee Le Senne. Berger (Vicuña, 1993), el cual desarrolla ocho tipos caracterológicos, Colérico, Pasional, Nervioso, Sentimental, Sanguíneo, Flemático, Amorfo y Apático y tres propiedad constitutivas, emotividad, actividad y resonancia. Vicuña (1979) realiza una baremación en sujetos de 14 a 25 años de edad, en el año 1992 y el

Cuestionario del Patrón de Conducta Tipo A – Tipo B, de Eysenck y Fulker, adaptado por León y Romero (1986), con la modalidad de respuestas alternativas del 0 al 4.

En cuanto al Procedimiento, se tienen los siguientes pasos a seguir:

- Previamente al desarrollo del programa, todos los pacientes asignados al grupo control y experimental habían sido evaluados en las pruebas psicológicas designadas.
- Se elabora un programa psicoeducativo basado en los factores y dimensiones de las pruebas psicológicas, para designarlos como patrones emocionales
- (factor tensión y dimensión emocional), afectivos (dimensión resonancia), conductuales (actividad) y cognitivos (ambición). Las sesiones son individuales en los ambientes de hospitalización, se realizan dos veces por semana en 12 sesiones consecutivas cuya duración máxima es de 45 minutos por sesión.
- Cada patrón psicológico desarrolla objetivos, actividades, metodología, procedimiento e indicador de logro, los patrones tienen 3 objetivos cada uno que incorpora los requerimientos esperados en cada uno de ellos. Las sesiones se podían ampliar a 15 dependiendo de los indicadores de logro que son cualitativos.

En relación a los aspectos éticos en la investigación se ha considerado la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia; además, se cuenta con la aprobación del Comité de Ética Institucional del Hospital y el consentimiento informado que se le indicó antes de ser ingresado a los grupos para el desarrollo del programa psicoeducativo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Considerando los factores de riesgo secundario psicológico aplicados en los pacientes, se presentan los factores y dimensiones de ambos grupos que a continuación se presentan:

Tabla 1

Dimensiones del Perfil Caracterológico de Gastón Berger en el Grupo experimental pre y post quirúrgico

Dimensión	Desviación			Desviación		
	Media	Estándar	n	Media	estándar	n
Emotividad	39.07	18.25	30	37.30	21.94	30
Actividad+*	75.07	10.23	30	79.37	14.00	30
Resonancia	66.87	12.02	30	66.23	15.34	30

Los pacientes cardíacos presentan un incremento mayor en la dimensión actividad, seguida de la resonancia. La dimensión actividad ratifica una de las características dominantes en el paciente cardíaco

Tabla 2*Factores del Patrón de Conducta Tipo A-B en el grupo experimental, pre y post*

Factores	Pre test			Post test		
	Media	Desviación estándar	n	Media	Desviación estándar	n
Tensión *	26.63	5.85	30	25.43	7.73	30
Ambición	16.40	3.08	30	15.43	4.35	30
Actividad	19.50	3.26	30	17.73	3.51	30
Ausencia de Represión	16.93	2.66	30	15.27	2.82	30
Conducta Tipo A – B	67.40	6.75	30	62.43	9.27	30

Los pacientes cardiacos presentan el factor tensión más elevado en el pre y post test, seguidamente del factor actividad, que suelen ser la problemática psicológica con mayor incidencia en este patrón A.

Tabla 3*Dimensiones en el Perfil Caracterológico de Gastón Berger, pacientes del grupo control, pre y post*

Dimensiones	Pre Test			Post Test		
	Media	Desviación estándar	n	Media	Desviación estándar	n
Emotividad	45.60	20.26	30	44.60	18.98	30
Actividad *	76.27	15.29	30	76.63	15.32	30
Resonancia	75.17	11.46	30	75.93	13.44	30

Se observa en ambas etapas la dimensión actividad obtuvo la media más alta ratificando una dimensión resaltante en el paciente cardiaco. La desviación estándar fluctúa entre 0.03 y 1.98, demostrando una dispersión mínima. En este perfil se observan que no hay cambios notorios entre las dos fases, pre y post test.

Tabla 4*Factores del Patrón de Conducta Tipo A -B en los pacientes del grupo Control, pre y post*

Factores	Pre Test			Post Test		
	Media	Desviación estándar	n	Media	Desviación estándar	N
Tensión *	27.27	6.79	30	25.40	5.82	30
Ambición	17.10	3.21	30	15.23	3.16	30
Actividad	18.67	3.51	30	17.63	4.06	30
Ausencia de Represión	15.33	2.62	30	15.03	3.76	30
Conducta Tipo A – B	66.60	6.06	30	62.33	7.59	30

Se observa en ambas etapas de la investigación que el factor tensión obtuvo la media más alta, no logrando cambios esperados por su selección como grupo control.

Los resultados obtenidos después de la aplicación del programa psicoeducativo son:

Patrón afectivo

Tabla 5

Los Patrones Psicológicos en el grupo experimental

Test	Media	Desviación estándar	n	Diferencia	T	P
Post test	15.27	2.82	30	-1.66	-2.355	0.011
Pre test	16.93	2.66	30			

En el grupo experimental se obtuvieron cambios en los patrones afectivos, logrando un nivel de significancia esperada ($p < 0.05$), aprobando así el efecto del programa psicoeducativo en este patrón, contrariamente a los patrones emocional, conductual y cognitivo.

Tabla 6

Patrón Emocional

Test	Media	Desviación estándar	n	Diferencia	T	p
Post test	62.73	28.05	30	-2.97	-0.462	0.323
Pre test	65.70	21.18	30			

Tabla 7

Patrón Conductual

Test	Media	Desviación estándar	n	Diferencia	t	p
Post test	97.10	14.04	30	2.53	0.774	0.221
Pre test	94.57	11.17	30			

Tabla 8

Patrón Cognitivo

Test	Media	Desviación estándar	n	Diferencia	t	p
Post test	81.67	15.08	30	-1.60	-0.433	0.333
	83.27	13.48	30			

Sin embargo, los resultados en los patrones emocional, afectivo, conductual y cognitivo del grupo control no lograron los cambios esperados después de la ejecución del programa.

Tabla 9

Resultados de los Patrones Psicológicos en el Grupo Control Patrón Afectivo

Test	Media	Desviación	n	Diferencia	t	p
Post test	15.03	3.76	30	-0.30	-0.358	0.361
Pre test	15.33	2.62	30			

Tabla 10

Patrón Emocional

Test	Media	Desviación estándar	n	Diferencia	t	p
Post test	70.00	21.66	30	-2.87	-0.480	0.317
Pre test	72.87	24.53	30			

Tabla 11

Patrón Conductual

Test	Media	Desviación estándar	n	Diferencia	t	p
Post test	94.27	15.64	30	-0.66	-0.159	0.437
Pre test	94.93	16.79	30			

Tabla 12

Patrón Cognitivo

Test	Media	Desviación estándar	n	Diferencia	t	p
Post test	91.17	14.63	30	-1.10	-0.326	0.373
Pre test	92.27	11.33	30			

En el grupo control no se lograron los indicadores significativos esperados en los patrones psicológicos propuestos

Se determina la efectividad del programa psicoeducativo en los patrones afectivos en pacientes cardiacos hospitalizados logrando el nivel de significancia estadístico cuyo valor es $p = 0.01$ ($p < 0.05$); sin embargo, no se determinó la efectividad de este programa psicoeducativo en los patrones conductuales, emocionales y cognitivos.

Los resultados obtenidos en los patrones afectivos corroboran los estudios realizados por Rocha, Ramírez y Navarro (2012), que inciden en la autovaloración del paciente para el manejo de sus afectos, así como el efecto de la participación de la familia como vínculo afectivo en el curso de la hospitalización.

Asimismo, este patrón afectivo está asociado a la dimensión de resonancia secundaria, que se conceptualiza como la “tendencia a las impresiones profundas y duraderas, las cuales debido a la alta resonancia psicológica continúan ejerciendo influencia en la manera de pensar, de actuar (recuerdos, proyectos) y/o de sentir, sin necesidad de estar presente el estímulo”, de ahí los resultados obtenidos en la Tabla 2, grupo experimental pre y post.

En un análisis y discusión de estos patrones afectivos, en comparaciones y diferencias con otras investigaciones, Toro – Alonso y Varas (2003), plantean el apoyo social como una respuesta afectiva en situaciones de enfermedades crónicas, siendo ésta una variable que prolonga la vida y mejora las condiciones de salud.

Existen estudios epidemiológicos que corroboran una relación directa entre los niveles bajos del apoyo social e incremento de la mortalidad en las enfermedades cardíacas (angina de pecho e Infarto al miocardio), Orth -Gomer y Lindeu (1990); asimismo, se conceptualiza el apoyo social como un sentimiento de apego, que previene la percepción de soledad, Oblitas. L (2004); por ello, el apoyo social se convierte en un factor protector en la morbi mortalidad de la cardiopatía isquémica.

En relación a los resultados obtenidos en el patrón emocional y cognitivo, existen correlación alta según Lévano, J (1987), del patrón de conducta tipo A B a una estrategia de afrontamiento en particular, donde los procesos cognitivos serían los encargados de disminuir el patrón emocional, por ello, en estos resultados se corrobora la alta correlación entre ellos, los mismos que se comprometen por el curso en la fase hospitalaria.

Por otro lado, el patrón cognitivo es adverso en estos resultados al igual que Rodríguez (2018), quien midió la variable ansiedad en 30 pacientes pre quirúrgicos, sin lograr reducir los pensamientos catastróficos, miedo, creencias irracionales, que experimentan previamente a una cirugía compleja. Asimismo, Beck et al. (2012) asumía que los pensamientos negativos tienden a la generalización, la minimización o maximización del problema, la calificación polarizada sin considerar puntos intermedios, la anticipación de conclusiones, a pesar de las evidencias que demuestran lo errático del pensamiento y de la expectativa de los seres humanos sobre el bienestar que menciona.

Rocha, Ramírez y Navarro (2012) argumentan que este apoyo está caracterizado por el soporte familiar y amical que adquiere relevancia para minimizar las sensaciones de muerte, miedo, incertidumbre, soledad y pérdida de las capacidades que experimentan los pacientes durante la hospitalización.

En relación a la importancia de la afectividad, Varela, I. (2011), hace mención estudios de Marmot y Symet (1976), quienes estudiaron migrantes japoneses en Estados Unidos observándose que éstos al mostrar mayores ajustes culturales a la población americana presentaban una incidencia de Cardiomiopatía Isquémica marcadamente superior al otro grupo de japoneses que aun conservaban las costumbres de su grupo étnico de procedencia, manteniendo los lazos de la familia extensa y valoración positiva de la ancianidad; este estudio confirma la importancia que tiene el factor afectivo como una necesidad de apego, de identidad frente a un grupo de relación.

Asimismo, se ha demostrado que el apoyo social mitiga el efecto de los factores de riesgo psicosociales de la enfermedad cardíaca (Niaura y Goldstein, 1992), ejerciendo un efecto protector con respecto a la morbilidad de ésta, Kamarck y cols. (1990), haciendo referencia que el apoyo social puede influir a nivel psicofisiológico moderando los efectos del estrés sobre la reactividad cardiovascular.

En un encuadre teórico, sobre la relevancia del área afectiva, Pla Vidal, J y Salvador, J. (2019) enfatizan que el aislamiento social, la falta de amigos, o confidente, así como la percepción que tiene el sujeto por la falta de soporte social, se ha relacionado consistentemente con un riesgo aumentado en el infarto agudo. A su vez, hay estudios que destacan la importancia y valoración de los familiares y amigos en los pacientes, como un recurso en la prevención de alteraciones en las fases de hospitalización – unidad de cuidados intensivos. (Hewitt, J 2002), llegando a mantener una mayor concientización en los pacientes, facilitando así un retorno a su estabilidad integral

El patrón psicológico conductual es adverso a estos resultados debido que están relacionados al cambio de estilo de vida frente a una enfermedad crónica, demostrando mayor resistencia el grupo etario comprendido entre 63 a 73 años, que según el postulado teórico de Vilaplana (2020), señala que la percepción sobre la enfermedad, el fármaco y la información que ellos manejan, influye significativamente y que el factor edad es determinante, pues pacientes mayores de 65 años suelen adherirse menos, probablemente debido a la persistencia en sus características de patrón de conducta tipo A (factor actividad principalmente).

Por otro lado, se debe mencionar que existieron durante la ejecución del Programa, variable confusoras que iban desde el abandono del paciente por situaciones medicas post quirúrgicas requiriendo otros tipos de tratamiento médico de mayor complejidad o por altas súbitas sin previa coordinación o por fallecimientos de los pacientes.

En resumen, según los objetivos planteados en la presente investigación, el programa psicoeducativo obtuvo resultados significativos solo en el patrón psicológico afectivo, no logrando el mismo efecto en los patrones psicológicos emocional, conductual y cognitivo, probablemente debido a la influencia del patrón de conducta tipo A que destaca Romero (1988) en el factor tensión y actividad como características más resaltantes de este patrón, y que estarían comprometiendo una mejor respuesta del paciente cardíaca en el curso de este programa.

Al término de la presentación de este estudio , se comparte el aporte de Caballo (2002), que asevera que las estrategias psicoterapéuticas maneja el cambio de las conductas cognitivas incidiendo en la modificación de los pensamientos irracionales ; las conductuales inciden en el cambio activo de la conducta externa que permitirá atenuar las creencias irracionales y la reducción de la visión negativa atribuida al evento ; las emocionales reducen la tensión emocional y física , favoreciendo indirectamente la erradicación de las creencias en la atención sobre una tarea, imagen o mensaje específico ; sin embargo, en este aporte del autor , no está considerado la terapéutica en los patrones psicológicos afectivos que son parte del registro de respuestas que presenta un paciente cardíaco, es decir, su relación empoderada, activa y sobre generadora de estrés en los contextos familiar, laboral y hasta social que este estudio valora debido a un análisis cualitativo de las historias psicológicas del paciente, en tal sentido, el aporte de este estudio es innovador, considerando un patrón afectivo diferenciado de los patrones emocionales, que requieran ser identificadas, evaluadas y procesados en un futuro tratamiento psicológico integral para el paciente cardíaco, ambulatorio u hospitalizado.

Por otro lado, los pacientes cardíacos hospitalizados, pre y post cirugía cardíaca están en curso a la manifestación de patrones psicológicos en exceso, que no tienen precedente en investigaciones nacionales, requiriendo por la incidencia de este tipo de cirugías una valoración en estudios posteriores que incidan en estos patrones psicológicos, a través de programas psicoeducativos para el manejo de un tratamiento integral.

El diseño de programas psicoeducativos facilita la Psicoeducación en el conocimiento de la enfermedad, a partir de patrones psicológicos que se han corroborado en estudios anteriores en el paciente cardíaco, desde la aceptación de la enfermedad como tal, o en el manejo personal en contextos laboral, familiar u otros, que son fuente de preocupación, estrés, los cuales serán materia de nuevos proyectos que se materialicen en el tratamiento psicológico del paciente cardíaco hospitalizado.

A pesar que los resultados en los patrones emocionales, cognitivos y conductuales no son los esperados, el estudio en este tipo de pacientes cardíacos hospitalizados asociados a patrones psicológicos recién empieza, demostrando así que el patrón afectivo es un vínculo y lazo permanente, que trasciende en las etapas de vida y eventos de salud más complejos, considerando por ello redefinirlo en un tratamiento psicológico que proyectaría un mejor afrontamiento de la enfermedad cardíaca.

CONCLUSIONES

El programa demuestra el efecto en el patrón psicológico afectivo, con un nivel de significancia esperado de $p < 0.01$ ($p < 0.05$), validando que la dimensión resonancia correspondiente al patrón caracterológico de Gastón Berger logra cambios después de la aplicación de un programa psicoeducativo utilizando técnicas cognitivas conductuales, sin

embargo, no se manifestaron cambios favorables en los patrones emocionales, cognitivos y conductuales. En el grupo control no se lograron los cambios esperados después de la aplicación del Programa.

Se sugiere implementar técnicas psicoterapéuticas de tercera generación en los patrones psicológicos que no lograron los cambios esperados, así como también reforzar el patrón afectivo que mejorará la atención del tratamiento integral en la enfermedad cardíaca.

REFERENCIAS

- Alarcón R.(2005). Métodos y Diseños de Investigación del Comportamiento. Peru: Universidad Ricardo Palma; p.101.
- Caballo V.(1995). Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta. 3 ed. España: Siglo Veintiuno.
- Carrasco J, López-Ibor J. (2009).Enfermedad cardiovascular y psiquiatría. Libro de lasalud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA. 1 ed. Madrid: Nerea; p.613 . 615-618.
- Cohen E. (2015).Sociedad Valenciana para el estudio y tratamiento del dolor Uci. [FUNDOLOR];
- Dornelas E, Hunt et al , McMurray et al. (2016). Intervención Psicológica como parte del tratamiento integral de pacientes con Insuficiencia cardiaca: Efecto sobre la capacidad funcional. En: Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología; 9(1),53-61.
- Ellis A. (1988). Usted puede ser feliz. España: Paidos. p.248.
- Fiorentino M. Psicología de la Salud y Calidad de Vida. Oblitas, L. Coordinador (2004). México: Thompson. p.57-81.
- García Martín M, Gómez García Y, Milord Fernández Y, Herrera Izquierdo R.(2016). Estados emocionales más frecuentes en pacientes convalecientes de un infarto de miocardio y su relación con el estado de salud cardiovascular. [Internet] CorSalud; 8(1), p. 38-44. Disponible en : <http://www.revcorsalud.sld.cu/index.php/cors/article/view/95>
- Hernández Sampieri & Baptista. (2015). Metodología de la Investigación. 5 ed. Mexico: Mc. Graw Hill; p.121
- Hewitt J.8(2002). Desordenes psicoafectivos en la Unidad de Cuidados intensivos. J. Clinic. Nurs; 11:575-84.
- Iacovella J, Troglia M.(2003). La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares; Argentina : Psico-USF, 8(1), 53. Disponible en : <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n1/v8n1a08.pdf>
- Kamarck T, Manuck S, Jennings. J. (1999). Social support reduces cardiovascular reactivity to psychological challenge: a laboratory model. Psychosomatic Medicine; 52(1), p.42-58. Doi:10.1097/00006842.
- Lévano J. El patrón de conducta tipo A y tipo B y los estilos de afrontamiento al estrés en una muestra de personal militar . (2003).[Tesis de maestría]. Peru: Universidad Nacional Mayor de San Marcos ;. p.164. Disponible en : <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/2729>
- Laham M.(2007). La psicocardiología en el tratamiento de la persona coronaria. En: 5to. Congreso virtual de Cardiología; Argentina.Disponible en: <http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/c031e/lahamm.pdf>

- Lilly L.(2016). Cardiología. Bases fisiopatológicas de las cardiopatías. 6 ed. Boston: Wolters Kluwer; p.220
- Lira D, Mar M, Montesinos R, Herrera E, Cuenca J, Castro S, Custodio N. (2018).Una complicación quirúrgica escasamente sospechada: la disfunción cognitiva postoperatoria. En: Revista de Neuropsiquiatría ; 81(2), 113-121. Disponible en: <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i2.3339>
- Ministerio de Salud. Análisis de la situación de Salud del Perú [Internet].(2019). Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf
- Moyano E, Icaza G, Mujica V, Núñez L, Leiva E.; Vásquez M. y Palomo I.(2009). Patrón de comportamiento tipo A, ira y enfermedades cardiovasculares en población urbana chilena.[Internet]. En: Revista Latinoamericana de Psicología; 43(3), p.443-453. Disponible en:<http://www.scielo.org.co/pdf/rtps/v43n3/v43n3a05.pdf>
- Norlund F, Olsson E, Pingel R, Held C, Svärdsudd K, Gulliksson M, Burell G.(2017). Psychological mediators related to clinical outcome in cognitive behavioural therapy for coronary heart disease: A sub-analysis from the SUPRIM trial. [Internet]. En: European Journal of Preventive Cardiology; 24(9), 917-925. Disponible en:<https://doi.org/10.1177/2047487317693131>
- Oblitas L. (2017). Psicología de la salud y calidad de vida. 4 ed. Peru : Cengage Learning ; ISBN:978-607-526289.5
Disponible en :https://issuu.com/cengagelatam/docs/oblitas_issuu
- Orellano C. (2015). Factores de riesgo psicológico en pacientes con enfermedad cardiovascular. [Internet]. Perspectivas en Psicología; 12(1), p.52-56. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4835/483557806007.pdf>
- Plá J, Salvador J.(2006). Aspectos psicológicos en las enfermedades cardiovasculares. [Internet]. España Publicacion Oficial. En: Sociedad Española de Cardiología; Disponible en: <http://secardiologoia.es/images/puglicaciones/libros/2006-sec-monografia-aspectos-psicologicos.pdf>.
- Rivara G, Ruiz E, Lizaraso F. (2014). Factores de riesgo cardiovascular. [Internet]. 1 ed. p.15-39.Disponible en: <http://anmperu.org.pe/?q=node/587>
- Rocha M, Ramírez O, Navarro A.(2012). Percepción de apoyo familiar en un grupo de pacientes con diagnóstico de infarto al miocardio agudo. Peru: Artículo Original; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.1405887>.
- Rodríguez T. Factores emocionales en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares. (2012). Valoración actualizada desde la Psicocardiología .[Internet] En: Revista Finlay;p.202-214. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/132>.